BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak secara tiba-tiba merupakan keadaan yang timbul karena gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian disebut dengan Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) (Safitri dkk, 2012). Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah sehingga terdapat pendarahan di otak. Stroke hemoragik dapat dibagi lagi menjadi perdarahan intraserebral (ICH) dan perdarahan subaraknoid (SAH) (Kumar *et al.*, 2021). Stroke merupakan gangguan fokal atau global pada fungsi otak dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa penyebab lain yang jelas selain dari vascular (Kemenkes RI, 2018). Sehingga dapat disimpulkan bahwa stroke adalah penyakit yang terjadi akibat dari pecahnya pembuluh darah di otak yang mengakibatkan terjadinya gangguan neurologis.

Menurut Mintmier and Bibiy (2018), klasifikasi stroke hemoragik meliputi perdarahan intraserebral, perdarahan infratentorial, perdarahan subarachnoid, perdarahan subdural, dan perdarahan epidural. Perdarahan intraserebral terjadi pada 10% - 15% serangan pertama pada pasien stroke. Perdarahan infratentorial dapat menyebabkan bendungan pada durameter sehingga meningkatkan terjadinya herniasi. Pasien dengan stroke hemoragik meningkatkan risiko peningkatan

intrakranial. Langkah awal termasuk elevasi kepala tempat tidur dengan sudut 15 – 30 derajat dimana posisi kepala tempat tidur ditingkatkan hingga sudut 30 derajat.

2. Tanda dan gejala

Menurut Kumar *et al.* (2021) tanda dan gejala stroke dapat berbeda bergantung pada luas dan lokasi perdarahan meliputi :

a. Sakit kepala sering terjadi pada hematoma besar.
b. Muntah menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial dan biasanya terjadi pada hematoma sereberal.
c. Koma terjadi pada keterlibatan sistem pengaktifan retikuler pada batang otak
d. Kejang, afasia, dan hemianopia terjadi pada perdarahan lobar. Dengan gejala awal terdiri dari mati rasa, kesemutan, dan kelemahan juga dapat terjadi pada perdarahan lobar.
e. Defisit sensorimotor kontralateral sebagai gambaran dari perdarahan ganglia basalis dan talamus.
f. Hilangnya semua modalitas sensorik pada perdarahan thalamic
g. Perpanjangan hematoma talamus ke otak tengah dapat menyebabkan kelumpuhan pandangan vertikal, ptosis, dan pupil tidak reaktif.

Menurut Mintmier & Bibiy (2018) perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage*/ICH) memiliki tanda gejala yaitu :

a. Pasien datang dengan defisit neurologis fokal yang terjadi tiba-tiba dan memburuk secara progresif
b. Sakit kepala
c. Muntah
d. Tekanan darah tinggi

e. Penurunan tingkat kesadaran

Tanda dan gejala perdarahan subarachnoid menurut Mintmier & Bibiy (2018) yaitu :

a. Nyeri kepala yang mendadak, intens, dan terus menerus
b. Perubahan tingkat kesadaran
c. Mual dan muntah
d. Fotofobia atau intoleransi terhadap cahaya
e. Kaku kuduk
f. Defisit fokal, mungkin termasuk hemiparesis
g. Tanda-tanda prodromal dapat muncul 10 sampai 20 hari sebelum terjadinya ruptur seperti sakit kepala, pusing, diplopia, dan penurunan visus.

3. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mintmier & Bibiy (2018) dalam buku keperawatan gawat darurat dan bencana, pemeriksaan penunjang stroke dengan perdarahan intraserebral ialah pemeriksaan CT *scan* dan MRI menjadi prioritas utama untuk pasien dengan defisit neurologis, CT *scan* tanpa kontras dapat menjadi pilihan pemeriksaan diagnostik yang paling cepat dan dapat memperlihatkan perdarahan secara lebih jelas untuk membedakan stroke iskemik dan stroke hemoragik (Hemphill *et al.*, 2015) Pemeriksaan penunjang pada perdarahan subarachnoid terdiri dari pemeriksaan CT *scan* tanpa tanpa kontras sebagai metode pencitraan garis pertama, lumbal pungsi jika hasil CT *scan* negatif tetapi diduga *subarachnoid hemorrhage*, angiogram serebral untuk memvisualisasikan anatomi pembuluh darah, pemeriksaan foto thorax untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita

stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas, pemeriksaan laboratorium seperti darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit (Mintmier and Bibiy, 2018).

4. Penatalaksanaan

Menurut *Cincinnati Prehospital Stroke Scale*, trias stroke terdiri dari *Facial droop* (minta pasien untuk tersenyum atau menunjukkan giginya), *Arm drift* (minta pasien untuk menutup mata dan menahan kedua tangannya lurus kedepan selama 10 detik), *dan abnormal speech* (minta pasien untuk mengucapkan kalimat sederhana). Normalnya saat tersenyum kedua sisi wajah bergerak secara bersamaan, kedua tangan bergerak bersamaan atau tidak sama sekali, dan pasien dapat mengucapkan kata-kata tanpa terbata. Probabilitas stroke yaitu 72% jika salah satu dari tiga tanda tersebut menunjukan keabnormalan. Capaian waktu manajemen stroke menurut AHA 2010 ialah waktu 10 menit dari pintu IGD hingga pemeriksaan dokter, waktu 25 menit dari pintu IGD hingga selesai dilakukan CT-*Scan*, waktu 45 menit dari pintu IGD hingga interpretasi CT-*Scan*, waktu 60 menit dari pintu IGD hingga pemasangan infus atau pemberian terapi. Penatalaksanaan yang dilakukan di IGD maksimal 3 jam terhitung dari kedatangan awal pasien, setelah 3 jam pasien harus ditransfer ke ruang rawat khusus stroke atau ICU (Mintmier and Bibiy, 2018).

Ada beberapa pendapat berbeda dalam pengobatan stroke hemoragik. Ada banyak uji coba tentang pengelolaan optimal stroke hemoragik seperti pengobatan anti hipertensi pada perdarahan serebral akut, pengurangan tekanan darah intensif pada perdarahan serebral dan percobaan bedah pada perdarahan menurut (Kumar *et al*. (2021) penatalaksanaan stroke hemoragik terdiri dari :

a. Manajemen tekanan darah

Tekanan darah harus dikurangi secara bertahap menjadi 150 / 90mmHg, menggunakan beta-blocker (labetalol, esmolol), ACE inhibitor (enalapril), calcium channel blocker (nicardipine) atau hydralazine. Tekanan darah harus diperiksa setiap 10-15 menit. Rekomendasi dari American Stroke Association (ASA) untuk pasien dengan tekanan sistolik antara 150 dan 220 mmHg, penurunan akut tekanan sistolik menjadi 140 mmHg aman dan dapat meningkatkan hasil fungsional. Untuk pasien dengan tekanan sistolik > 220 mmHg, diperlukan penurunan tekanan darah secara bertahap dengan infus intravena.

b. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Perawatan awal untuk mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial ialah dengan meninggikan kepala tempat tidur hingga 30° dan pemberian terapi osmotik seperti manitol dan cairan saline hipertonik secara parenteral. Dua puluh persen manitol diberikan dengan dosis 1,0 sampai 1,5 g/kgBB. Hiperventilasi setelah intubasi dan sedasi, hingga pCO_2 28 hingga 32 mmHg akan diperlukan jika tekanan intrakranial meningkat. *American Stroke Association* merekomendasikan pemantauan tekanan intrakranial dengan kateter parenkim atau ventrikel untuk semua pasien dengan *glassgow coma scale* (GCS) < 8 atau mereka dengan bukti herniasi transtentorial atau hidrosefalus yang bertujuan untuk menjaga tekanan perfusi serebral antara 50 hingga 70 mmHg. Terapi hipotermia dan pentobarbital dapat diberikan untuk mengendalikan tekanan intrakranial dalam batas normal, tetapi kemungkinan menyebabkan penurunan metabolisme yang signifikan (Ragland and Lee, 2016).

c. Terapi hemostatis

Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Hal ini sangat penting untuk membalikkan koagulopati pada pasien yang memakai antikoagulan. Vitamin K, konsentrat kompleks protrombin (PCC), faktor aktif rekombinan VII (rFVIIa), plasma beku segar (FFP) digunakan sebagai terapi.

d. Terapi anti epilepsi

Menurut pedoman *American Stroke Assotiation* sekitar tiga hingga 17% pasien akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan EEG. Pasien dengan kejang klinis atau kejang elektrografi harus diobati dengan obat antiepilepsi. Hematoma lobar dan pembesaran hematoma menyebabkan kejang, yang berhubungan dengan perburukan neurologis. Kejang subklinis dan status epilepsi non-kejang juga dapat terjadi. Pemantauan EEG berkelanjutan diindikasikan pada pasien dengan tingkat kesadaran yang menurun. Jika tidak, obat antikonvulsan profilaksis tidak dianjurkan.

e. Pembedahan

Berbagai jenis perawatan bedah untuk stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter.

f. Perlindungan otak

Cedera sekunder akibat stroke hemoragik terdiri dari peradangan, stres oksidatif, toksisitas eritrosit dan trombin. Jadi, pioglitazone, misoprostol, dan celecoxib dicoba untuk mengurangi kerusakan inflamasi. Edaravone, flavanoid, dan nicotinamide mononucleotide dapat mengurangi stres oksidatif. Kemanjuran

keamanan dan pelindung saraf dari komponen citicoline dan dengan menghambat saluran kalsium nimodipine meningkatkan hasil pada SAH dengan efek pelindung saraf.

g. Perawatan secara holistik

Perawatan medis yang baik, asuhan keperawatan, dan rehabilitasi sangat penting. Masalah umum yang terjadi pada pasien stroke hemoragik ialah disfagia, aspirasi, aritmia jantung, kardiomiopati akibat stres, gagal jantung, cedera ginjal akut, perdarahan gastrointestinal, infeksi saluran kemih, dan lain-lain. Gastrostomi endoskopi perkutan (PEG) mungkin diperlukan untuk mencegah aspirasi. Skrining untuk iskemia miokard dengan elektrokardiogram dan pengujian enzim jantung direkomendasikan pada stroke hemoragik. Rehabilitasi multidisiplin disarankan untuk mengurangi kecacatan.

h. Pemberian *Head up* 30 derajat

Posisi *head up* atau *head of bed* atau disebut juga posisi semi fowler adalah posisi elevasi *bed* dimana bagian kepala dinaikkan mencapai 15-45° pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial yang dimaksudkan untuk mempermudah drainase darah dan mencegah fleksi leher, rotasi kepala, batuk dan bersin. Posisi *head up* dalam rentang mendekati posisi 0° menyebabkan tekanan intrakranial meningkat sedangkan pada posisi 60° tekanan perfusi serebral meningkat, keseimbangan nilai tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral stabil pada posisis head up posisi 15-30° (Mahfoud *et al.* 2010). Indikasi pemberian posisi *head up* 30 derajat menurunkan tekanan intracranial pada kasus trauma kepala, lesi otak, atau gangguan neurologis, dan memfasilitasi *venous drainage* dan aliran balik otak yang akan meningkatkan perfusi serebral.

Elevasi kepala diatas 40 derajat dapat berkontribusi terhadap postural hipotensi dan penurunan perfusi serebral. Kepala pasien harus dalam posisi netral tanpa rotasi ke kiri atau kanan tanpa adanya fleksi atau ekstensi dari leher. Elevasi kepala merupakan kontra indikasi pada pasien hipotensi akan mempengaruhi CPP. (Mahfoud *et al.* 2010).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

1. Pengertian

Menurut SDKI (2016) dalam buku standar diagnosis keperawatan Indonesia, perfusi serebral tidak efektif berisiko mengalami penurunan sirkulasi otak. Gangguan perfusi jaringan otak adalah penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan (Herdman, 2015).

2. Faktor risiko

Faktor risiko terjadinya perfusi serebral tidak efektif menurut SDKI (2016) antara lain :

a. Keabnormalan masa protombin dan / atau masa tromboplastin parsial
b. Penurunan kinerja ventrikel kiri
c. Aterosklerosis aorta
d. Diseksi arteri
e. Fibrilasi atrium
f. Tumor otak
g. Stenosis karotis
h. Miksoma atrium
i. Aneurisma serebri

j. Koagulopati (misalnya anemia sel sabit)

k. Dilatasi kardiomiopati

l. Koagulopati intravaskuler diseminata

m. Embolisme

n. Cedera kepala

o. Hiperkolesteronemia

p. Hipertensi

q. Endokarditis infektif

r. Katup prostetik mekanis

s. Stenosis mitral

t. Neoplasma otak

u. Infark miokard akut

v. Sindrom *sick sinus*

w. Penyalahgunaan zat

x. Terapi trombolitik

y. Efek samping tindakan (misalnya tidakan operasi *bypass*)

3. Kondisi klinis terkait yang dapat meniningkatkan risiko perfusi serebral tidak efektif menurut PPNI (2016) ialah :

a. Stroke

b. Cedera kepala

c. Ateroklerotik aortik

d. Infark miocard akut

e. Diseksi arteri

f. Embolisme

g. Endokarditis infektif

h. Fibrilasi atrium

i. Hiperkolesteronemia

j. Hipertensi

k. Dilatasi kardiomiopati

4. Penatalaksanaan

Intervensi keperawatan untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI (2018a) dilakukan tindakan yaitu :

a. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

c) Monitor MAP *(Mean Arterial Pressure)*

d) Monitor status pernapasan

2) Terapeutik

a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

b) Berikan posisi semi fowler (*head up* 30°)

c) Hindari maneuver valsava

d) Cegah terjadinya kejang

e) Hindari pemberian cairan IV hipotonik

f) Pertahankan suhu tubuh normal

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

b) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2021). Pengkajian pada asuhan keperawatan gawat darurat terdiri dari pengkajian primer dan pengkajian sekunder.

a. Pengkajian Primer

1) Data subjektif : Keluhan utama seperti kelemahan ekstremitas, gangguan bicara, peningkatan tekanan darah, perubahan sensasi dan cara bicara. Keluhan saat ini atau mekanisme terjadinya, riwayat penyakit terdahulu seperti penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya dan darah tinggi, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi antikoagulant atau agen antiplatelet, adanya alergi (Wijaya dan Yessie, 2013)

2) Data objektif : *Airway* atau keadaan jalan nafas apakah terdapat sumbatan jalan napas, jenis pernafasan seperti adanya bradipneu, takipneu, atau apneu, upaya bernafas spontan atau tidak, benda asing di jalan nafas dalam bentuk padat, cairan, atau lidah jatuh ke belakang, bunyi nafas tambahan seperti *stridor, gurgling, ronchi*, atau mengi, hembusan nafas kuat atau lemah. *Breathing* atau pernapasan bagaimana fungsi pernafasan, jenis pernafasan seperti pernapasan

hidung atau pernapasan perut, frekuensi pernafasan apakah bradipneu, takipneu, atau apneu, adakah retraksi otot bantu nafas, apakah terdapat kelainan dinding thoraks (simetris, perlukaan, jejas trauma), kaji bunyi nafas tambahan seperti *stridor, gurgling, ronchi,* atau mengi. *Circulation* atau sirkulasi mengkaji perdarahan (internal/eksternal), kapilari refill kurang dari 3 detik, tekanan darah meningkat atau menurun, nadi radial atau karotis teraba kuat atau lemah, akral perifer hangat atau dingin. *Disability* berupa pemeriksaan neurologis seperti GCS apakah ada penurunan, refleks fisiologis, refleks patologis seperti kaku kuduk atau babinski, mengkaji kekuatan otot untuk mengetahui adanya kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas (Wijaya dan Yessie, 2013).

b. Pengkajian sekunder

Menurut Wijaya & Yessie (2013), pengkajian sekunder terdiri dari riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan keluarga, mekanisme trauma, pemeriksaan *head to toe*, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan diagnostik, dan terapi dokter.

2. Diagnosis keperawatan

Keputusan klinis keperawatan yang ditentukan sebagai akibat dari masalah keperawatan pada seseorang, keluarga, atau masyarakat disebut sebagai diagnosis keperawatan (Hidayat, 2021). Diagnosis keperawatan dapat digunakan sebagai landasan dalam pemilihan intervensi yang akan digunakan dalam proses penyelesaian masalah keperawatan yang terjadi. Diagnosis keperawatan menguraikan respon individu terhadap proses penyakit yang dialami klien dan sifat diagnosis akan berubah apabila respon klien berubah (SDKI, 2016).

Menurut SDKI (2016) diagnosis keperawatan terdiri atas diagnosis aktual, diagnosis risiko, dan diagnosis promosi kesehatan. Pada diagnosis risiko tidak memiliki dan tanda/gejala, melainkan hanya memiliki faktor risiko. Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan disebut dengan faktor risiko. Proses penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis.

Diagnosis yang ditegakkan dalam asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, pasien berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak dengan faktor risiko hipertensi pada kondisi klinis stroke (SDKI, 2016).

3. Intervensi keperawatan

Menurut SIKI (2018), segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien sesuai luaran *(outcome)* yang diharapkan disebut dengan intervensi.

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dengan luaran keperawatan perfusi serebral menurut standar luaran keperawatan Indonesia SLKI (2018b) ialah sebagai berikut :

1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
2) Kognitif meningkat (5)
3) Tekanan intrakranial menurun (5)
4) Sakit kepala menurun (5)
5) Gelisah menurun (5)

6) Kecemasan menurun (5)

7) Agitasi menurun (5)

8) Demam menurun (5) dengan rentang normal 36,5°C – 37,5°C pada dewasa

9) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5) dengan rentang normal 70 mmHg – 99 mmHg

10) Kesadaran membaik (5)

11) Tekanan darah sistolik membaik (5) dengan rentang normal 90 - 120 mmHg

12) Tekanan darah diastolik membaik (5) dengan rentang normal 60 – 79 mmHg

13) Refleks saraf membaik (5)

b. Intervensi

Intervensi yang dapat ditentukan pada diagnose risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien stroke menurut SIKI (2018a) yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial dengan tindakan sebagai berikut :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

b) Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (seperti tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irreguler, kesadaran menurun)

c) Monitor MAP *(Mean Arterial Pressure)*

d) Monitor CVP *(Central venous pressure)*, jika perlu

e) Monitor PAWP, jika perlu

f) Monitor PAP, jika perlu

g) Monitor ICP *(Intra cranial pressure)*, jika tersedia

h) Monitor CPP *(cerebral perfusion pressure)*

i) Monitor gelombang ICP

j) Monitor status pernapasan

k) Monitor *intake* dan *output* cairan

l) Monitor cairan serebro-spinalis (seperti warna, konsistensi)

2) Terapeutik

a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

b) Berikan posisi *semi fowler* (*head up 30°)*

c) Hindari manuver valsava

d) Cegah terjadinya kejang

e) Hindari penggunaan PEEP

f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik

g) Atur ventilator agar $PaCO_2$ optimal

h) Pertahankan suhu tubuh normal

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

Pemantauan tekanan intrakranial

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (seperti lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)

b) Monitor peningkatan tekanan darah

c) Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)

d) Monitor penurunan frekuensi jantung

e) Monitor ireguleritas irama napas

f) Monitor penurunan tingkat kesadaran

g) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil

h) Monitor kadar CO_2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan

i) Monitor tekanan perfusi serebral

j) Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal

k) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

2) Terapeutik

a) Ambil sampel drainase serebrospinal

b) Kalibrasi transduser

c) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan

d) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

e) Bilas sistem pemantauan, jika perlu

f) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien

g) Dokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan, dilakukan oleh perawat kepada pasien. Format implementasi keperawatan yang perlu didokumentasikan meliputi tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor diagnosis, implementasi tindakan, dan respon pasien

terhadap tindakan yang diberikan oleh perawat (Dinarti dkk.., 2013). Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi yang telah direncanakan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan didokumentasikan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditentukan sebelumnya. Format evaluasi keperawatan pada setiap diagnosis terdiri atas data subjektif, data objektif, analisa permasalahan pasien, dan perencanaan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang belum tercapai. Menurut Hidayat (2021), evaluasi pada asuhan keperawatan dilakukan secara sumatif dan formatif yang dilakukan secara berkesinambungan.